

PatientIn	
Name/Vorname	Geburtsdatum
Schmerz	
Atemnot	
Durchfall	
Übelkeit, Erbrechen	
Ileus	
Husten	
Durst, trockene Schleimhäute	
Fieber	
Ernährung, Flüssigkeitzufuhr	
Agitiertheit (Verwirrung)	
Angst	
Depression, seelische Schmerzen	
Schlafstörungen	
Blutung	
Sturz	
Neurologische Probleme, -Lähmung/APO, -Epi. Anfälle	
Erhöhter Blutdruck	
Pruritus	

Weiteres, was konkret

## Patientenerklärung

Meine Wünsche und Bedürfnisse bezüglich Massnahmen, die bei Fortschreiten meiner Krankheit zu treffen sind, werden in diesem Dokument korrekt zusammengefasst. Ich behalte mir allerdings vor, jederzeit Änderungen anbringen zu können.

Ich bin einverstanden, dass sich die an meiner Betreuung Beteiligten gegenseitig über E-Mail informieren können, auch wenn über dieses Medium der Datenschutz nicht hundertprozentig sichergestellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift PatientIn

INTERN

Erfasst von	am
Ergänzt von	am
Ergänzt von	am